



MOBILE VISION SERVICES CONSENT AND RELEASE FORM

Estimado Padre/ Madre/ Tutor,

Vision To Learn es una organización sin fines de lucro que ofrece exámenes oculares y anteojos a los niños sin costo alguno. Vision To Learn traerá su clínica móvil de cuidado de visión a la escuela o a la organización de su hijo/a para proporcionar exámenes oculares y anteojos a los niños que los necesiten. Si desea dar a su hijo/a permiso para participar en el programa Vision To Learn, por favor complete y firme este formulario. Devuelva el formulario completo a la enfermera de la escuela o al coordinador del centro.

Vision To Learn sigue las regulaciones de los CDC [*Centro de Control de enfermedades*] estatales y federales, incluyendo los exámenes de salud diarios del personal, el uso de equipo de protección personal para el personal y los estudiantes, los procedimientos de examen sin contacto, y la desinfección completa entre pacientes. Vision To Learn se compromete a seguir las mejores prácticas para priorizar la seguridad de nuestros estudiantes.

No hay ningún costo para usted para que su hijo/a participe.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA:

<u>OBLIGATORIO:</u>											
Nombre del/ de la niño/a:		Apellido del/ de la niño/a:									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					
Fecha de nacimiento:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Mes</td> <td style="width: 25%;">Día</td> <td style="width: 25%;">Año</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> </table>	Mes	Día	Año						Sexo del/ de la niño/a (Por favor marque uno):	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO BINARIO
Mes	Día	Año									
Nombre del Padre/ Madre/ Tutor:		Apellido del Padre/ Madre/ Tutor:									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Calle:	Casa/Apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono de emergencia:	Correo electrónico:		

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA:

Nombre de la escuela:	Nombre del maestro/a:
Grado:	Aula:

OPCIONAL:

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO:

El niño tiene Medicaid El niño tiene un seguro privado

Proveedor:	Número de identificación:
------------	---------------------------

Al firmar este formulario, reconozco que tengo derecho a rechazar cualquier servicio prestado por Vision To Learn, pero elijo voluntariamente que mi hijo/a reciba los servicios de visión. Vision To Learn proporciona un examen. Vision To Learn puede proveer anteojos a los estudiantes que los necesitan, pero no se usa gotas para los ojos y dilatación. Entiendo que los servicios prestados por la clínica móvil de Vision To Learn pueden ser facturado a los beneficios Medicaid de mi hijo/a, a menos que mi hijo/a sea referido para cuidados de seguimiento. Mi firma muestra que he leído y comprendido este Consentimiento y Exención de Responsabilidad voluntario y que estoy de acuerdo con sus disposiciones.

Firma del Padre/ Madre/ Tutor: _____ Fecha: _____